



**MEDICAL COVERAGE
INFORMATION / INFORMACIJA
O ZDRAVSTVENOM POKRIĆU**

KANCELARIJA DRUŠTVENOG STARATELJSTVA (CSO/HCS)	CSO/HCS BROJ TELEFONA	KOOPERACIJA
IME KLIJENTA	BROJ TELEFONA KLIJENTA	
CLID	DATUM	

1. DCS preporuka: DA NE
 a. Da li je obavezna?
 b. Da li je učinjena?
2. DCS/TPL/uspostavljen dobar razlog

INSTRUKCIJE: VAŽNA INFORMACIJA: Svrha ovog formulara je da se odredi da li imate privatno osiguranje i/ili »Medicare«. Vi možete imati privatno osiguranje i/ili Medicare i još uviјek biti pokriveni »Medicaid-om«. Ako ste pokriveni »Medicaid-om« i plaćate privatno zdravstveno osiguranje, možda vam možemo pomoći u plaćanju učešća. Kad ispunite ovaj formular, molimo da ga vratite lokalnoj Kancelariji društvenog starateljstva (CSO/HCS). Možete koristiti dodatni list papira, ako vam treba više prostora. Da biste se bolje informisali o programu plaćanja učešća ili vam treba pomoć oko ispunjavanja ovog formulara, nazovite 1-800-562-6136.

A. Imate li »Medicare«?

AKO JE ODGOVOR »DA«, IMENUJTE OSOBU KOJA IMA »MEDICARE«

BROJ »MEDICARE« ISKAZNICE

Da Ne

IME PRIMAOCA

BROJ »MEDICARE« ISKAZNICE

B. Imate li zdravstveno ili zubno osiguranje? Da Ne

Jeste li imali zdravstveno ili zubno osiguranje u zadnjih 12 mjeseci? Da Ne

Ovo uključuje bilo koje osiguranje koje plaćate vi, ili neko drugi, kao što je na primjer privatno osiguranje, školsko osiguranje, dodaci za »Medicare«, grupno osiguranje od poslodavca, itd. Ako je odgovor DA, popunite sljedeće:

BROJ POLISE ZDRAVSTVENOG ILI ZUBNOG OSIGURANJA 1		BROJ POLISE ZDRAVSTVENOG ILI ZUBNOG OSIGURANJA 2			
IME OSIGURAVAJUĆE KOMPANIJE		IME OSIGURAVAJUĆE KOMPANIJE			
ADRESA OSIGURAVAJUĆE KOMPANIJE		ADRESA OSIGURAVAJUĆE KOMPANIJE			
BROJ TELEFONA OSIGURAVAJUĆE KOMPANIJE		BROJ TELEFONA OSIGURAVAJUĆE KOMPANIJE			
IME OSIGURANIIKA	SOCIJALNI BROJ OSIGURANIIKA	IME OSIGURANIIKA	SOCIJALNI BROJ OSIGURANIIKA		
BROJ POLISE	BROJ GRUPE	BROJ POLISE	BROJ GRUPE		
IME POSLODAVCA/BROJ GRUPE		IME POSLODAVCA/BROJ GRUPE			
IME UNIJE I BROJ LOKALA		IME UNIJE I BROJ LOKALA			
DATUM ROĐENJA OSIGURANIIKA	DATUM OTVARANJA POLISE	DATUM ISTEKA POLISE	DATUM ROĐENJA OSIGURANIIKA	DATUM OTVARANJA POLISE	DATUM ISTEKA POLISE
Navedite ko je pokriven ovom polisom:			Navedite ko je pokriven ovom polisom:		
IME	SOCIJALNI BROJ	DATUM ROĐENJA	IME	SOCIJALNI BROJ	DATUM ROĐENJA

Označite koje usluge vaša polisa pokriva:

- Bolničku njegu u ustanovi Njegu u staračkom domu
 Bolničku njegu van ustanove Zubno liječenje Usluge ljekara
 Lijekove/pomagala na recept Naočale/očno liječenje
 Ostalo (ambulantno liječenje, terapiju, kiropraksu, itd.)

Označite koje usluge vaša polisa pokriva:

- Bolničku njegu u ustanovi Njegu u staračkom domu
 Bolničku njegu van ustanove Zubno liječenje Usluge ljekara
 Lijekove/pomagala na recept Naočale/očno liječenje
 Ostalo (ambulantno liječenje, terapiju, kiropraksu, itd.)

C. Imate li Pokriće za dugoročnu njegu (Long Term Care Coverage)? Da Ne Ako je odgovor DA, popunite sljedeće:

Pokriće za starački dom? Da Ne Pokriće za životnu pomoć (Assisted Living)? Da Ne Pokriće za kućnu njegu? Da Ne

IME OSIGURAVAJUĆE KOMPANIJE	ADRESA OSIGURAVAJUĆE KOMPANIJE			
BROJ TELEFONA	BROJ GRUPE	BROJ POLISE	DATUM OTVARANJA POLISE	DATUM ISTEKA POLISE

INFORMACIJA O ZDRAVSTVENOM POKRIĆU Stranica 2		CSO/HCS	CLID
D. Ima li djece ili djece na putu u vašem domu za koju je odgovoran roditelj koji nema starateljstvo? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako je odgovor DA, popunite sljedeću informaciju o roditeljima koji nemaju starateljstvo.			
IME, ADRESA I BROJ TELEFONA	DATUM ROĐENJA	SOCIJALNI BROJ	DIJETE/DJECA
E. Primate li vojne beneficije? TRICARE <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne CHAMPVA <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Beneficije za veterane <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne			
AKO JE ODGOVOR DA, NAVEDITE IME SPONZORA		SOCIJALNI BROJ SPONZORA	
		BROJ PRIJAVE VETERANA	
F. Da li ste vi ili osoba koju prijavljujete imali nesreću koja zahtijeva medicinsku njegu? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako je odgovor DA, odgovorite na sljedeće:			
1. DATUM NESREĆE	2. OZNAČITE GDJE SE NESREĆA DESILA <input type="checkbox"/> Prodavnica/poslovno mjesto <input type="checkbox"/> U kući/na imanju druge osobe <input type="checkbox"/> Na radnom mjestu <input type="checkbox"/> Automobil <input type="checkbox"/> Škola <input type="checkbox"/> Kuća <input type="checkbox"/> Ostalo:		
a. Adresa mjesta nesreće (ulica, grad, država): _____ b. Označite ako je pacijent bio <input type="checkbox"/> vozač <input type="checkbox"/> putnik; <input type="checkbox"/> pješak; <input type="checkbox"/> gost; <input type="checkbox"/> mušterija; <input type="checkbox"/> zaposleni; <input type="checkbox"/> stanar. c. Jesu li druga vozila bila umiješana? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako je odgovor DA, imena i adrese ostalih vozača:			
3. Ime/imena ostalih osoba povrijeđenih u nesreći		4. Kako se nesreća desila?	
IME	VRSTA POVREDE		
5. Da li se umiješala osiguravajuća kompanija? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako je odgovor DA, navedite imena osiguranih: Ime i adresa kompanije:			
BROJ PRIJAVE	BROJ POLISE	IME VJEŠTAKA OSIGURANJA	BROJ TELEFONA
6. Da li ste napravili još prijava za nesreću? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako je odgovor DA, navedite broj(eve) prijave/a: BROJ PRIJAVE KOD RADNOG I INDUSTRIJSKOG OSIGURANJA BROJ PRIJAVE KOD LIČNOG OSIGURANJA BROJ PRIJAVE ZA ŽRTVU NASILJA OSTALO			
7. Da li je umiješan advokat? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako je odgovor DA, navedite ime, adresu i broj telefona:			
Prijava na čekanju? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne		Prijava riješena dogovorom? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako je odgovor da, datum dogovora:	
8. Koje ste finacijske/zdravstvene beneficije primili, ili očekujete da ćete primiti zbog povrede? Objasnite:			
Ja ovlaštavam predaju bilo koje informacije neophodne za uplate učešća ili pokrića bilo kojoj osiguravajućoj polisi čiji sam ja primalac beneficija, ili druga osoba koja uživa pokriće, Odjelu za socijalne i zdravstvene usluge (Department of Social and Health Services) u svrhu koordinacije zdravstvenih/medicinskih beneficija. (WAC 388-505-0540)			
POTPIS	DATUM		

Kako koristiti vaše privatno zdravstveno osiguranje i medicinsku legitimaciju (kupon) prilikom korištenja medicinskih usluga.

P: Ako imam privatno osiguranje, hoće li mi, bez obzira na to, Medicaid pomoći?

O: Da. Kad imate Medicaid uz svoje privatno osiguranje, zaista vam može valjati. Dok god se kvalifikujete za Medicaid, mi možemo plaćati vaša učešća, iznose novaca potrošene za liječenje, prije nego što bi privatno osiguranje počelo da plaća i usluge koje osiguranje možda ne pokriva.

P: Ako imam i privatno osiguranje i Medicaid, šta da kažem ljekarima ili ostalim zdravstvenim radnicima?

O: Važno je da idete zdravstvenim radnicima koji će primiti kako privatno osiguranje, tako i Medicaid (medicinsku legitimaciju/kupon). Kad odete svojem ljekaru ili ostalim zdravstvenim radnicima, pokažite **oboje**, privatno osiguranje i kupon. Pitajte da li primaju privatno osiguranje i da li bi prihvatali vaš kupon za plaćanje učešća, iznose novaca potrošene za liječenje, prije nego što bi privatno osiguranje počelo da plaća i usluge koje osiguranje možda ne pokriva. Ako zdravstveni radnik ne prima vaše osiguranje ili Medicaid, vaša je odgovornost da platite usluge koje primite.

P: Šta treba da uradim ako mi ljekari ili ostali zdravstveni radnici kažu da neće primiti moje privatno osiguranje ili kupon?

O: Treba da tražite mjesta koja će prihvati kako Medicaid, tako i vaše privatno osiguranje. Možda ćete trebati nazvati svoju osiguravajuću kompaniju da vam pomogne oko traženja zdravstvenih radnika u vašoj okolini.

P: Šta će se desiti ako moje privatno osiguranje ne pokriva određenu uslugu?

O: Vaš ljekar će prvo poslati račun privatnom osiguranju. Ako usluga nije pokrivena od osiguranja, a Medicaid je pokriva, oni će poslati račun Medicaid-u da bi bili isplaćeni. Da biste izbjegli probleme, uvijek utvrdite da li zdravstveni radnik prima naš kupon i da li će poslati račun Medicaid-u.

P: Šta treba da uradim da biste vi platili moj udio premije privatnom osiguranju?

O: Nazovite nas. Trebaće na informacija o vašem osiguranju, iznosu učešća, kad se plaća i da li vi ili vaš poslodavac plaćate učešća. Kad dobijemo ove informacije, javićemo vam da li vam mi možemo plaćati učešće.

P: Šta treba da uradim da bi Medicaid platio moje učešće koje se plaća prilikom posjete i iznose novaca potrošene za liječenje, prije nego što bi privatno osiguranje počelo da plaća?

O: Nazovite nas da utvrdite da mi imamo informaciju o vašem privatnom osiguranju. Vaš četvorocifreni kod osiguranja je odštampan na kuponu, u koloni Insurance. Ova informacija govori zdravstvenom radniku koju osiguravajuću kompaniju da kontaktira oko plaćanja i da vi niste odgovorni za plaćanje učešća prilikom posjete ili bilo kakve iznose novca, kad imate usluge pokrivene Medicaid-om. Ako ima pitanja oko ovoga, vi ili vaš zdravstveni radnik nas možete nazvati.

P: Da li će se od mene tražiti da platim razliku između iznosa koji Medicaid plaća i iznosa koji zdravstveni radnik traži?

O: Ne. Kad ljekari i ostali zdravstveni radnici rade sa Medicaid-om, oni se u startu slažu sa iznosima koje Medicaid plaća i neće vas teretiti ni za kakve razlike. Ako se ikad desi da vam pošalju račun, odmah nas nazovite. Vas ne može niko finansijski teretiti za uslugu koju pokriva Medicaid.

P: Šta ako moje privatno osiguranje prestane ili se promjeni?

O: Važno je da nazovete i javite nam o promjenama u vašem pokriću. Mi ćemo unijeti promjene i nastavićete primati medicinsku njegu preko Medicaid-a, dok god imate pravo na njega.

P: Ako imam Osiguranje za doživotnu njegu (Long-term care-LTC), hoće li mi Medicaid i tada pomagati?

O: Da. Medicaid vam može pomoći kod plaćanja LTC troškova, kad ste u svojoj kući, ustanovi za zbrinjavanje, staračkom domu ili medicinskoj ustanovi za zbrinjavanje starijih osoba, ako LTC osiguranje ne plaća sve vaše troškove. Ako vam osiguranje plaća direktno, morate poslati čekove osiguranja Odjelu socijalnih i zdravstvenih službi (Department of Social and Health Services - DSHS).

P: **Zašto treba zadržati LTC osiguranje, ako imam pravo na Medicaid?**

O: Nema garancija da ćete uvijek imati Medicaid. Možete dobiti sredstva iz dodatnih izvora prihoda ili sredstva koja vas mogu diskvalifikovati, ili se zakon može promijeniti i smanjiti iznos za neke programe. Ako otkažete LTC osiguranje, možete doći u situaciju da ga ne možete ponovo dobiti. Beneficije LTC osiguranja će smanjiti obaveze koje idu na teret vaše imovine, poslije vaše smrti.

P: **Šta ako imam ostalih pitanja?**

O: Ako imate bilo kakvih pitanja oko vašeg privatnog zdravstvenog osiguranja, nazovite direktno osiguravajuću kompaniju. Za dodatnu pomoć oko korištenja kupona uz privatno osiguranje, nazovite nas na broj dat ispod.

BESPLATAN BROJ 1-800-562-6136 Koordinacija beneficija
Od ponedjeljka do petka 8:00 ujutro do 4:30 popodne